

自主決定

支出計畫檢查清單

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 正確拼寫客戶姓名 | <u>針對支出計畫中的每一項服務：</u> |
| <input type="checkbox"/> 正確的客户 UCI 編號 | <input type="checkbox"/> 正確的 <u>SDP 服務代碼</u> |
| <input type="checkbox"/> 正確的 SDP 計畫日期與計畫年份
(開始和結束日期, 包含年、月和日) | <input type="checkbox"/> 提供服務的提供者或機構之名稱
(若已知) |
| <input type="checkbox"/> 已確定的建立日期與支出計畫版本
編號 | <input type="checkbox"/> 服務描述
(例如: 應急支援、游泳課等等) |
| <input type="checkbox"/> 正確的總預算 (與最新簽署的
IBCCT 相符) | <input type="checkbox"/> 提供支援之比例
(例如: 1:1、團體課等等) |
| <input type="checkbox"/> 計畫支出總額不超過 IBCCT | <input type="checkbox"/> 我將收到服務的頻率
(例如: 每週 10 小時、每月一次等等) |
| <input type="checkbox"/> <u>FMS 機構</u> (使用供應商 ID 編號加以
識別) | <input type="checkbox"/> 會向提供者支付的費用金額
(每服務單位) |
| <input type="checkbox"/> <u>FMS 月費</u> (列出提供者編號) | <input type="checkbox"/> 正確的 <u>FMS 雇主負擔</u>
(針對我所僱用的所有員工) |
| <input type="checkbox"/> <u>FMS 付款方式</u> 有列出
(帳單付款人、共同雇主或唯一雇主) | <input type="checkbox"/> 此服務支援 IPP 目標 |
| <input type="checkbox"/> ACRC 列為區域中心 | <input type="checkbox"/> 此服務不由一般資源提供
(例如: IHSS、學區等等) |
| <input type="checkbox"/> 支出計畫簽署人的姓名和職稱與預
算中的資訊相符 | <input type="checkbox"/> 此服務符合 <u>HCBS 標準</u> |
| <input type="checkbox"/> 參照客戶的時間表進行審查 | |

***所有支出計畫均須經客戶／監護人、
SC 與 PCS 簽署***

